

## **Autorización de uso y liberación de muestras de semen**

*Fairfax Cryobank, Inc., de en adelante Cryobank, debe recibir esta Autorización de Uso y Liberación firmada, fechada y notariada antes de que se liberen las muestras de semen. No es necesario que la notaría certifique el documento si se firma en presencia de un empleado de Cryobank.*

El objetivo de esta autorización es documentar el permiso y la autorización del cliente para el uso de muestras de semen con la intención de procrear un bebé por medio de la fecundación y el embarazo.

Este documento también representa la autorización para el transporte de muestras congeladas. He recibido pleno asesoramiento y entiendo que hay ciertos riesgos inherentes al proceso de envío y manejo de las muestras durante el transporte, incluyendo entre otros: pérdida durante el transporte y fallo del tanque de nitrógeno líquido que puede inutilizar las muestras. Esto es un hecho poco frecuente; sin embargo, Cryobank ofrece la opción de que las pajuelas o ampollas que contienen el semen se envíen en tanques separados (siempre que haya al menos dos pajuelas o ampollas que contengan el espécimen que se va a enviar). Yo soy responsable de pagar los gastos de envío de cada tanque enviado. Si el envío se realiza a un destino fuera de los Estados Unidos, soy responsable de tramitar los permisos aduaneros o de otro tipo necesarios y, antes del envío, debo proporcionar a Cryobank copias de estos permisos o proporcionar a Cryobank una declaración escrita en la que se indique que no se requieren permisos. Reconozco que los envíos internacionales están sujetos a demoras y a un mayor riesgo de daños y, por consiguiente, a un mayor riesgo de daño o pérdida del semen congelado; asumo este mayor riesgo. Estoy dispuesto a asumir todos estos riesgos y comprendo y acepto plenamente que Cryobank, y Genetics & IVF Institute, Inc., sus directores de laboratorio y su personal de laboratorio no asumen responsabilidad alguna por el transporte, la condición o la supervivencia de los especímenes congelados.

Por la presente, autorizo a Cryobank a divulgar al nombre que figura a continuación cualquier registro médico y toda otra información de salud individualmente identificable sobre mí, esté o no contenida en mis registros médicos, con respecto a cualquier condición médica pasada o presente, incluyendo, entre otros: mi número de cuenta de cliente, la calidad de los especímenes, el historial de pedidos y la información médica. Entiendo que esta autorización es voluntaria y que, si la persona o entidad autorizada para recibir esta información no es una entidad cubierta por las regulaciones federales de privacidad, la divulgación de dicha información puede dejar de estar protegida por las regulaciones federales de privacidad. También entiendo que una vez que esta información se utilice o divulgue de conformidad con esta autorización, puede estar sujeta a una nueva divulgación por el nombre o los nombres mencionados anteriormente y puede que ya no esté protegida.

Estoy de acuerdo en que, en caso de pérdida o destrucción del semen por cualquier motivo, los daños como resultado de ello serían altamente conjeturales y especulativos y serían difíciles de determinar. Por consiguiente, de conformidad con el artículo 8.7-204(2) del Código Comercial Uniforme de Virginia, acepto que en caso de que mi semen se pierda o se destruya por negligencia de Cryobank. Tendré derecho a una indemnización por daños y perjuicios por un importe equivalente al cargo de almacenamiento del año concreto en que se produzca la pérdida, más 100 dólares por vial perdido (la indemnización máxima que se me concederá no superará los 2.000 dólares).

Como parte de la consideración por mi parte, al acordar el envío de mi semen congelado a otra clínica o instalación, por el presente acepto que cualquier disputa que surja de este acuerdo o que esté directamente relacionada con la calidad de los cuidados proporcionados por Cryobank o cualquiera de sus médicos, enfermeras, consejeros u otro personal, se decidirá únicamente a través del arbitraje de JAMS bajo las Reglas y Procedimientos de Arbitraje Simplificado de JAMS. Además, acepto que cualquier procedimiento de arbitraje vinculante se llevará a cabo en el condado de Fairfax, Virginia, donde se encuentra Cryobank, y acepto que cualquier procedimiento de arbitraje se llevará a cabo de acuerdo con las leyes del Estado de Virginia, incluyendo, pero sin limitarse a: cuestiones de estándares de cuidado, cuestiones de causalidad, cuestiones de daños, calificación de expertos y reglas de evidencia. También estoy de acuerdo en que la decisión del árbitro o árbitros será vinculante y definitiva y se aplicará en cualquier tribunal de jurisdicción competente. Los gastos de arbitraje correrán a cargo de Cryobank y de mí. Si, a pesar del acuerdo entre las partes para arbitrar, cualquier disputa se somete a un procedimiento judicial, las partes acuerdan renunciar al juicio por jurado.

Si se emprende alguna acción o procedimiento para hacer cumplir o interpretar cualquiera de las disposiciones de este contrato, la parte que prevalezca tendrá derecho a recuperar sus honorarios razonables de abogado y otros gastos razonables incurridos en dicha acción o procedimiento.

Yo, \_\_\_\_\_ (Cliente de almacenamiento), Por la presente autorizo el uso de la(s) muestra(s) de semen almacenada(s) en Cryobank por el Destinatario indicado en esta Autorización con el propósito de fertilización (a través de inseminación, FIV o ICSI) con la intención de lograr un embarazo y formar un bebé.

Fecha de nacimiento del cliente (dd/mm/aaaa) \_\_\_\_\_

Certifico que el Destinatario indicado a continuación es: **(Elija una opción)**

mi pareja íntima.

un destinatario designado que no es mi pareja íntima. Entiendo que pruebas adicionales de elegibilidad de los donantes puedan ser necesarias antes de que la clínica receptora acepte el envío.

Autorizo que libere la(s) muestra(s) de semen a:

NOMBRE DEL DESTINATARIO (Persona a inseminar, portador gestacional o madre sustituta):

\_\_\_\_\_

NOMBRE DE LA CLÍNICA A LA QUE SE ENVIARÁN/ENTREGARÁN LAS MUESTRAS:

\_\_\_\_\_

DIRECCIÓN \_\_\_\_\_

CIUDAD \_\_\_\_\_ ESTADO \_\_\_\_\_ CÓDIGO POSTAL \_\_\_\_\_

TELÉFONO DE LA CLÍNICA \_\_\_\_\_ (E-MAIL) \_\_\_\_\_

Además, autorizo a Cryobank a entregar \_\_\_\_\_ (todos/cantidad) ampollas de las muestras de semen al destinatario individual y/o al médico mencionado anteriormente. Reconozco que las muestras serán enviadas/entregadas en un tanque a menos que solicite dos tanques.

POR: \_\_\_\_\_ FECHA \_\_\_\_\_  
(Firma del cliente)

NO es necesario certificar notarialmente el documento si el documento ha sido firmado ante un empleado de Cryobank.

POR: \_\_\_\_\_ FECHA \_\_\_\_\_  
(Firma del representante de Cryobank)

A ser llenado por el notario:  
ESTADO DE

Notario público:

CONDADO DE

Nombramiento válido hasta:

Sello:

Este instrumento fue certificado ante mí el día de hoy, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_, por \_\_\_\_\_  
(Nombre del cliente)

**Se aceptan copias por fax si el sello del notario es un sello estampado y no un sello en relieve.**